

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

53

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis BAGARD

Né le 13 février 1904, à Boussac (Creuse)

A propos

de

**l'Amputation partielle du Sein
dans l'Épithélioma mammaire**

Président : M. LEJARS, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis BAGARD

Né le 13 février 1904, à Boussac (Creuse)

A propos

de

**l'Amputation partielle du Sein
dans l'Épithélioma mammaire**

Président : M. LEJARS, professeur



ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BINET Physiologie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZEEOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . Pathologie expérimental¹⁰
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE(G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MILLOT..... Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . .	Clinique médicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.
DEBRÉ. . . .	Clinique médicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.
LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. .	Clinique chirurgicale.
MATHIEU. . . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . .	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
METZGER. . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MES PARENTS

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIET

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris

Reconnaissant hommage

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A propos
de
l'Amputation partielle du Sein
dans l'Épithélioma mammaire

INTRODUCTION

La question de l'amputation du sein dans les tumeurs cancéreuses de cet organe, et la technique, variable selon les cas de cette opération, a été remise à l'ordre du jour au début de 1930, par différentes communications aux sociétés savantes, en particulier à la société des chirurgiens de Paris, par les études de Rubens-Duval, de Boneau..., etc.

Ayant eu l'occasion de suivre trois malades opérés suivant la technique de l'amputation partielle, leurs observations nous ont donné l'idée de ce présent travail.

Il est classique en chirurgie, lorsqu'on intervient sur un néoplasme malin, quelle que soit sa variété histologique et sa localisation, de pratiquer l'exérèse large de la néoformation en ayant soin de déborder suffisamment la tumeur et d'empiéter sur le tissu supposé sain ; on espère de la sorte enlever tout

noyau, toute cellule cancéreuse, tant au niveau de la tumeur principale, que des adénopathies correspondant au territoire infecté. Et, dans le cas où l'on intervient sur un organe qui ne paraît pas indispensable à la vie de l'organisme, le sein par exemple, il est classique de pratiquer l'exérèse totale de cet organe.

En matière de cancer mammaire, l'intervention classique consiste donc à enlever en bloc tout le sein, c'est-à-dire toute la glande, à conduire l'opération en ne travaillant qu'en tissu sain, en enlevant systématiquement le grand, le petit pectoral jusqu'au gril costal. On complète l'opération par un curage complet du creux axillaire et de ses ganglions.

Lorsqu'ils s'agit d'un épithélioma mammaire avancé, adhérent à la peau, l'ayant quelquefois ulcérée, ayant envahi les plans profonds, grands et petits pectoraux, faisant bloc avec ces muscles, tumeur accompagnée d'adénopathies axillaires non douloureuses, de ganglions durs, roulant sous le doigt, cette intervention classique reste logique ; elle est non seulement utile, mais indispensable. Elle constitue la méthode de choix et le devoir du chirurgien, en pareil cas, est de supprimer tout ce qui est macroscopiquement cancéreux, en conservant l'espoir que l'envahissement microscopique n'aura pas dépassé les limites des lésions visibles.

Mais cette intervention large est-elle vraiment nécessaire dans un épithélioma au début, petit,

paraissant circonscrit? Dans ces tumeurs suspectes, dont la clinique a souvent tant de peine à diagnostiquer la nature maligne ou bénigne, diagnostic qui nécessite parfois un examen microscopique extemporané ou non.

Ou bien faut-il, comme certains travaux ont paru le démontrer, se contenter d'une ablation partielle de l'organe, exérèse de la tumeur, en respectant les muscles pectoraux et le tissu sain voisin, en respectant le creux axillaire si cliniquement aucune adénopathie suspecte n'y est révélée? En un mot, peut-on en conscience, se contenter d'une amputation partielle du sein?

Certaines observations publiées tout récemment semblent démontrer que, tout au moins dans quelques cas, cette exérèse moins étendue ait donné de bons résultats.

De nombreux arguments plaident en faveur de l'amputation partielle du sein lorsque celle-ci est possible. Ce sont des raisons d'ordre moral d'abord, des raisons d'ordre chirurgical et histologique ensuite.

1^o Raison d'ordre moral. — Il est quelquefois très difficile de faire admettre à la malade, pour une tumeur d'apparence aussi bénigne, une aussi grosse mutilation que celle de l'amputation large du sein; et ceci d'autant plus que la patiente ne souffre pas ou peu de sa lésion, que c'est souvent une circonstance toute fortuite qui lui a fait découvrir la tumeur. Pour une telle malade l'ablation totale d'un

sein constitue une infirmité, et il devient très difficile de lui faire admettre une intervention aussi mutilante sans lui laisser entrevoir la nature maligne et grave de sa lésion.

Au contraire, l'intervention partielle lui semble une chose assez facile à supporter, elle l'admet plus aisément.

2^o *Raison d'ordre chirurgical.* — L'amputation partielle est une intervention beaucoup moins longue, qui ne nécessite la plupart du temps qu'une anesthésie locale. Elle supprime en quelque sorte tout risque opératoire.

D'autre part, malgré les précautions minutieuses d'hémostase l'amputation large saigne en général beaucoup. Elle est souvent la cause de graves hémorragies qui, parfois, ne sont réparables que difficilement. L'état d'anémie grave ainsi créé, joint aux troubles secondaires hépato-pulmonaires de l'anesthésie générale diminue d'autant la résistance de l'organisme à l'extension du processus cancéreux. Il n'est pas rare de constater les récidives locales beaucoup plus rapides chez les malades ayant beaucoup saignés au cours d'une longue et difficile intervention.

Dans l'amputation partielle, l'hémorragie est moindre et peut être pour ainsi dire supprimée, l'intoxication anesthésique est insignifiante. La plaie est facile à réunir, la peau n'est ni tirillée, ni ulcérée secondairement par les points de suture.

3^o *Raison d'ordre histologique.* — Jusqu'à ces

dernières années, à part quelques savants, on ne considérait guère dans l'épithélioma, que la cellule cancéreuse. On ne s'occupait que de l'agent nocif et on n'attachait guère d'importance à la réaction tissulaire qui s'établit autour de la tumeur et dans son intimité même. Ce n'est que tout dernièrement, avec les travaux récents de Rubens-Duval d'abord, de Roussy, de Leroux etc..., que l'on s'est intéressé à l'étude de ce qu'il est classique d'appeler la « stroma-réaction. »

On admet depuis longtemps en effet que l'organisme réagit contre les infections locales et générales. Cette réaction constitue un ensemble de phénomènes qui caractérisent l'inflammation. C'est cette réaction à l'égard des agents pathogènes qui a été le point de départ des plus récentes découvertes de la pathologie médicale moderne (vaccinations locales et générales, etc...) Cependant jusqu'à ces dernières années, il semblait difficile d'admettre l'existence d'une réaction défensive de l'organisme contre l'envahissement cancéreux. Et pourtant cette réaction existe.

De même que dans l'infection, l'organisme réagit à l'égard du cancer d'une manière générale et d'une manière locale.

La réaction générale humorale est jusqu'à présent difficile à caractériser. Sans doute il existe un état organique particulier qui fait que certains individus sont en quelque sorte prédisposés au cancer, alors, que d'autres sont résistants. Il semble même

que cet état de prédisposition ou de résistance au cancer soit héréditairement transmissible. Les fameuses expériences de Miss Slye sur la transmission héréditaire du cancer ont paru le prouver, cependant il a été jusqu'ici impossible de caractériser d'une façon précise cet état particulier.

D'un autre côté, les différentes réactions humérales qui ont été étudiées dans le but de préciser l'existence d'un néoplasme malin, sont toutes basées sur la recherche dans le sang de produits toxiques de désassimilation cellulaire. Les réactions ne se montrent positives qu'en cas de tumeurs avancées et graves, nous ne saurions les cataloguer dans la série des réactions de défense.

A regarder de près la réaction locale anti-cancéreuse paraît plus nette. On appelle stroma-réaction, la prolifération de cellules de type inflammatoire qui accompagne, précède ou suit l'envahissement cancéreux. Jusqu'à ces dernières années, cette stroma-réaction n'était considérée que comme une préparation du terrain favorisant l'envahissement néoplasique.

Il n'en est pourtant point ainsi dans la majorité des cas. *A priori*, il semble illogique d'admettre que dans l'infection microbienne cette prolifération de cellules inflammatoires, de polynucléaires puis de lymphocytes et de cellules géantes, enfin de tissu fibreux cicatriciel ait un rôle défensif, alors que dans le cas de néoplasie maligne, la même réaction inflammatoire n'ait au contraire qu'un rôle purement passif, sinon favorisant.

Du reste l'étude histologique des tumeurs et en particulier des épithéliomas irradiés, montrent que cette réaction existe, qu'elle est défensive puisqu'elle tend à limiter l'envahissement cancéreux, voire à détruire la cellule maligne.

Il existe des cancers indubitables guéris spontanément. Il semblerait que dans ces cas, rares à la vérité, l'organisme par sa réaction locale se soit opposé au développement du cancer, l'ait limité et peu à peu détruit.

Il est prouvé à l'heure actuelle que certains cancers cutanés ou à proximité de la peau et l'ayant envahie secondairement, diminuent dans des proportions notables ou guérissent définitivement sous l'influence d'une infection surajoutée. Il existe des cas de cancers cutanés guéris par un érysipèle. Comment comprendre ces guérisons sans admettre le rôle anticancéreux et régulateur de la réaction inflammatoire surajoutée.

Si donc la stroma-réaction joue un rôle et un rôle défensif, l'intervention idéale serait évidemment celle qui supprimerait la totalité de la tumeur en respectant cette stroma-réaction.

De nombreuses expériences confirmant en cela la clinique, prouvent que l'action thérapeutique est double.

Il existe une action directe des rayons X ou gamma du radium sur le cytoplasme cellulaire néoplasique, action dont le résultat est la cytolyse de ces éléments et action d'autant plus violente que la cellule

se trouve plus rapprochée de son stade de mitose.

Mais à cette action directe cytolytique s'ajoute une seconde action qui, selon Rubens-Duval, Mme Laborde et la plupart des radiumthérapeutes est peut-être plus importante encore que la première, c'est le rôle d'excitation des radiations thérapeutiques sur la stroma-réaction péri-cancéreuse. A telle enseigne que dans une tumeur trop irradiée, où l'on a déterminé non seulement une destruction des cellules néoplasiques, mais une cytolyse de la stroma-réaction elle-même, on note de fréquentes et rapides récidives. Par contre dans une tumeur convenablement irradiée, la stroma-réaction reste intense, les cellules cancéreuses sont détruites ou plus ou moins modifiées et les récidives sont rares.

Il faut donc admettre dans le second cas que la réaction a parfait la destruction cellulaire néoplasique, ce qui n'a pu se produire dans le premier cas.

En somme, pour être efficace, les radiations doivent agir sur la néoplasie maligne et respecter ou même intensifier la stroma-réaction.

C'est pour obtenir le même résultat que nous conseillons chaque fois que la chose est possible, d'opérer les cancers du sein, de façon que soit respectée au maximum cette stroma-réaction de défense.

Les quelques observations qui vont suivre semblent en faveur de ces arguments.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Luquet, Soc. chir. de Paris, n° 2 et 3, 1930).

Il s'agit d'une femme B..., 46 ans, venant consulter à l'Hôpital Saint-Michel, pour une petite tumeur du sein gauche de la grosseur d'une noisette.

Le 16-11-27, sous anesthésie locale, ablation de la tumeur.

Examen histologique (H. Rubens-Duval). — Epithélioma à cellules indifférenciées, formant des cordons généralement grêles, dans les interstices d'un stroma remarquable par l'abondante production d'élacine.

La femme refuse systématiquement toute nouvelle intervention. Or, elle se porte très bien depuis et ne présente aucune récurrence.

OBSERVATION II

Mme G... Henriette, âgée de 42 ans, venant consulter pour tumeur du sein gauche, du volume d'une noix, ne présentant aucune adhérence aux plans superficiels, ni profond, mais existence de quelques ganglions peu importants dans le creux de l'aisselle.

Le 3-10-29, ablation de la tumeur et de la partie avoisinante de la glande mammaire, le tout envoyé au laboratoire.

Examen histologique (Rubens-Duval).— Epithélioma très infiltrant, à petites cellules indifférenciées présentant une grande richesse nucléaire, mais une faible activité karyokinétique. Stroma abondant, fortement scléreux. La glande mammaire voisine est fortement sclérosée et présente quelques malformations microkystiques.

Le 16-10-29, ablation large avec curage de l'aisselle. A l'examen histologique on n'a pas constaté de cellules cancéreuses, mais une hyperplasie simple du tissu conjonctif.

OBSERVATION III

(J. Lanos, Soc. chir. de Paris, n° 2 et 3, 1930).

Mme C..., 42 ans, vient consulter le 19-10-29.

Adénome kystique du quart inféro-externe du sein droit. Légère adhérence à la peau et petit ganglion axillaire. Ablation de cet adénome et examen histologique.

Réponse du laboratoire (R. D) : « Epithélioma infiltrant à grosses cellules, dont l'activité karyokinétique est moyenne. Stroma abondant et presque entièrement lymphoïde ».

Amputation du sein 8 jours plus tard et envoi de la pièce au laboratoire. Réponse : « Pas d'autres foyers cancéreux, sclérose de la glande mammaire, malformation glandulaire et microkystique ».

OBSERVATION IV (personnelle)

Mme S..., 53 ans, vient nous consulter le 15-1-22, pour un coup reçu dans le sein droit quelque temps auparavant. A l'heure actuelle elle présente manifestement un hématome.

En avril suivant, cette malade revient nous consulter de nouveau. L'hématome ne s'est pas résorbé ou plutôt s'est transformé. L'examen clinique révèle l'existence d'une tumeur dure, irrégulière, n'adhérant ni aux plans profonds, ni aux plans superficiels, ou du moins, adhérent très partiellement au derme.

En présence d'un tel état de chose, le diagnostic porté est celui de fibro-adénome, et le 7 avril, à l'anesthésie locale l'ablation de cette tumeur est pratiquée, et on pratique l'examen histologique.

L'examen histologique (Dr Giet) révèle non un fibro-adénome, mais un épithélioma pseudo-glandulaire paraissant très actif, si on en juge par le nombre des mitoses typiques ou atypiques. La stroma-réaction est du type lympho-plasmocytaire. En certains points cette réaction lympho-plasmocytaire est tellement intense, qu'à un faible grossissement on croirait à une réaction inflammatoire aiguë.

Malgré l'ablation chirurgicale qui apparemment a semblé être totale, il ressort de l'examen microscopique que le processus néoplasique déborde la portion de la tumeur enlevée.

Néanmoins, et parce qu'il nous était possible de suivre régulièrement la malade, qui est venue nous voir toutes les semaines puis tous les mois, l'amputation totale du sein a pu être successivement retardée.

Au niveau de la plaie opératoire et pendant quelques semaines, il a existé un peu d'induration. Cette induration a disparu d'ailleurs spontanément et l'état général s'est toujours maintenu parfait.

En février 1923, la malade se plaignant de dyspnée, de

toux, avec point de côté thoracique, nous pensons à une métastase pulmonaire. Mais ni l'examen clinique, ni l'examen radiologique ne nous a montré de condensation parenchymateuse. Un examen plus complet de la malade montre qu'il s'agit de petits signes d'urémie. Après prélèvement de sang, nous constatons que l'azotémie est de 0,55. Un traitement approprié fait disparaître ces symptômes en quelques jours.

Au mois de juin de la même année, alors que la plaie opératoire du sein droit est complètement cicatrisée, nous trouvons dans le creux axillaire du même côté, un ganglion gros comme une amande, dur, roulant sous le doigt et non douloureux.

A l'anesthésie locale, l'ablation de ce ganglion est pratiquée (il reposait sur le grand dentelé). Suture profonde et superficielle. La cicatrisation se fait quelques jours plus tard sans incident.

L'examen microscopique (D^r Giet) montre qu'il s'agit bien d'une métastase épithéliomateuse. L'épithélioma revêt toujours la forme pseudo-glandulaire, les mitoses sont nombreuses, mais les pycnoses sont en nombre considérable.

Or, si nous comparons la stroma-réaction de cette métastase récidive avec celle de la tumeur primitive, nous constatons que au niveau de la tumeur du sein, il existait une stroma-réaction du type suppuration subaiguë, avec prédominance de lymphocytes, au niveau du ganglion, cette stroma-réaction est avant tout du type fibro-conjonctif cicatriciel. Les boyaux néoplasiques sont encerclés, en quelque sorte étouffés par la néoplasie conjonctive. Cette dernière est formée par de larges tractus fibreux, net-

tement collagènes, contenant peu d'élément cellulaire.

Depuis cette dernière intervention, la malade a été suivie régulièrement tant cliniquement que radiologiquement et jusqu'à présent aucune métastase ni récidence n'a pu être constatée. Moyennant un régime alimentaire et médicamenteux (la malade ayant présenté un état sub-urémique), l'état général de la malade s'est toujours maintenu aussi bon que possible.

Voici donc une tumeur maligne du sein, qui bien qu'incomplètement extirpée il y a 8 ans, bien qu'ayant donné une métastase axillaire il y a 7 ans semble depuis parfaitement guérie sans traitement chimique ni radiothérapique particulier.

OBSERVATION V (personnelle)

Mme G..., âgée de 75 ans, est venue nous consulter le 1^{er} avril 1926, pour une grosseur du sein gauche. Il s'agissait d'une tumeur, grosse comme un œuf de poule, semblant bien localisée. Cette néotformation n'était pas adhérente aux plans profonds, mais adhérait aux plans superficiels, et dans toute son étendue. Il y avait d'ailleurs au niveau de la peau, une tendance à l'ulcération, celle-ci étant vers la partie moyenne d'une minceur extrême. A noter qu'on ne trouvait aucun ganglion perceptible dans l'aisselle correspondante.

L'état général de la malade était médiocre, elle avait maigri de 3 kgr. les 3 derniers mois.

Le 3 avril, en raison de l'âge avancé de la malade, on pratique, à l'anesthésie locale, l'ablation de la tumeur, la débordant d'environ 2 cm., et on suture. La cicatrisation est immédiate et sans incident.

L'examen microscopique pratiqué (D^r Giet), montre qu'il s'agit d'un épithélioma glanduliforme atypique. Les boyaux néoplasiques sont en général minces, 3 à 4 rangées de cellules au maximum. Les mitoses sont nombreuses et les pycnoses le sont également. On ne trouve pas de trace de sécrétion dans les cavités pseudo-glandulaires.

La stroma-réaction est du type conjonctivo-fibreux et elle tend à encercler la prolifération néoplasique. Toutefois, cette dernière la déborde largement et elle envahit le tissu graisseux péri-glandulaire.

En raison du grand âge de la malade nous restons dans une expectative armée.

Au mois d'octobre suivant, il se produit au niveau de l'angle externe de la plaie une induration de la grosseur d'un œuf de pigeon, et, en même temps, nous constatons dans l'aisselle du même côté, 2 ou 3 ganglions durs, roulant sous le doigt et complètement indolores.

Le 22 octobre, nous intervenons de nouveau (D^r Giet) :

a) A l'anesthésie locale, ablation de tout le sein, en allant jusqu'au grand pectoral qui est respecté ;

b) Nouvelle anesthésie locale, curage de l'aisselle, et ablation des ganglions paraissant infectés. La malade quitte le soir même la maison de santé pour rentrer chez elle, et quelques jours plus tard la cicatrisation se fait sans incident.

L'examen microscopique des pièces enlevées est pratiqué et les coupes du ganglion et de la tumeur montrent qu'il s'agit bien du même épithélioma pseudo-glandulaire que nous avons constaté lors de la première intervention. L'activité cytologique est la même. La stroma-réaction est du même type conjonctivo-fibreux.

En décembre de la même année, la malade suit un traitement de radiothérapie profonde, en tout 10 séances.

Depuis, nous avons suivi régulièrement cette malade, nous avons même à différentes reprises traité son hypertension et son azotémie aux environ de 0,50. Depuis 2 ans, elle vit dans une maison de campagne pour vieillards.

Nous l'avons revue depuis et nous n'avons constaté aucune récurrence manifeste locale, aucune métastase à distance, pulmonaire ni vertébrale. Elle a repris son poids normal et ne présente aucun symptôme pathologique d'ordre général.

OBSERVATION VI (personnelle).

Mme P..., âgée de 58 ans, vient nous consulter en décembre 1927 pour une tumeur du sein droit. Cette tumeur a débuté, l'année précédente, par une induration située en dessous et en dehors du mamelon, induration légèrement douloureuse, puis insensible, qui n'a fait que croître depuis.

Quand elle nous vient consulter, elle présente à ce niveau une grosseur large comme un œuf de poule, n'adhérant pas dans la profondeur mais ayant tendance, par contre, à faire saillie vers l'extérieur sous la peau qui est amincie et tend à s'ulcérer, à la façon d'un sarcome de la glande mammaire.

Il ne semble pas exister de ganglion axillaire et on ne trouve aucun signe de compression médullaire.

Le 15 octobre 1927, sous-anesthésie générale, ablation de toute la glande mammaire, en respectant le grand pectoral. Exploration rapide du creux axillaire, dont on enlève quelques fragments adipeux. Ces derniers ne semblent pas

contenir de ganglion. Suture, réunion par première intention.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma très atypique du sein. Les noyaux cellulaires présentent en général une tendance à la métaplasie malpighienne, leur centre est souvent dégénéré, donnant à l'ensemble de la tumeur un aspect cylindromateux. L'activité cellulaire est énorme. Avec un grossissement moyen, on constate par champs microscopique plus de cent mitoses typique ou atypique et autant de picnoses nucléaires. L'épithélioma envahit le tissu adipeux voisin, il infiltre également la peau dont l'épithélium est en certain point aminci, et réduit à 2 ou 3 couches de cellules.

La stroma-réaction est très intense, à la fois du type conjunctivo-fibreux et lymphoïde, elle est du reste largement débordée par la prolifération néoplasique.

Nous avons suivi régulièrement la malade. La cicatrisation se maintient parfaite, il ne semble pas exister de métastase ganglionnaire, pulmonaire ni vertébrale, radiologiquement perceptible. L'état général est excellent, elle a repris ses occupations habituelles et ne se plaint en aucune façon.

DISCUSSION

Voici donc un certain nombre de tumeurs malignes de la glande mammaire qui, si l'on avait voulu s'en tenir à la technique classique auraient été opérées largement puisqu'il s'agissait d'épithélioma.

Il est bien certain qu'en matière de cancer on ne peut parler de guérison avant 10, 15 ans et même plus. N'a-t-on point vu en effet, certains cancers du sein opérés largement donner des récidives 20 ans après l'ablation de la tumeur primitive. Mais ces récidives extrêmement tardives sont rares comparativement à la fréquence des récidives immédiates post-opératoires et apparaissant soit au niveau de la cicatrice, soit à son voisinage. Celles-ci surviennent après l'ablation classique la mieux conduite.

Dans ces quelques observations, il ne nous a pas été donné de constater de pareils accidents.

On pourrait nous objecter que les métastases à distance pulmonaires ou autres, sont plus fréquentes à la suite des interventions partielles qu'à la suite des larges exérèses.

Cependant, *a priori*, nous ne voyons pas pourquoi ces métastases secondaires et tardives seraient plus fréquentes dans l'amputation partielle du sein.

En effet si le néoplasme malin a déjà envahi et

infiltré les muscles pectoraux par exemple, il y a de fortes chances de penser que ni le gril costal, ni la plèvre, ni même le poumon sont indemnes, et par conséquent dans ce cas l'exérèse large est insuffisante et ne peut plus arrêter le processus cancérogène.

Du reste, il n'est point prouvé qu'au début de cette infiltration cancéreuse qui se produit de proche en proche, tout au début de la métastase lymphatique ou sanguine, la réaction locale anti-cancéreuse (stroma-réaction) ne soit pas suffisante pour enrayer et même détruire cette infiltration néoplasique.

Ainsi que nous l'avons signalé au début de ce travail, nous sommes persuadés, d'accord en cela avec de nombreux auteurs que les radiations thérapeutiques pour être efficaces agissent de deux façons différentes, d'une part sur la cellule cancéreuse elle-même en la détruisant, d'autre part sur la stroma-réaction pour l'augmenter et pour ainsi dire l'aider à lutter contre l'envahissement du cancer. Nous sommes persuadés avec Rubens-Duval et les autres que la technique d'une thérapeutique idéale de ces genres de tumeurs, consiste dans l'association de la radiothérapie et de la chirurgie.

Aussi, lorsqu'il est possible de le faire nous conseillons une double radiothérapie, radiothérapie pré-opératoire et post-opératoire dès la cicatrisation de la plaie. Cette double radiothérapie n'est possible et efficace, à notre avis, que si l'état général de la malade lui permet de la supporter. Dans tous les

autres cas, nous estimons que traiter chirurgicalement, largement ou partiellement, la maladie ne doit quitter la maison de santé ou l'hôpital sans avoir vu le radiothérapeute.

Or, et ce n'est point une raison qui plaide le moins en faveur de l'amputation partielle du sein, lorsque celle-ci est possible, quand le processus cancéreux, tout à son début, n'a pas infecté les plans sus ou sous-jacents, il semble que les bienfaits de la radiothérapie pré et post-opératoire soient de beaucoup plus appréciables et plus rapides, lorsqu'on a eu soin de conserver une certaine quantité de tissu supposé sain en se contentant d'une ablation partielle et localisée de la tumeur.

CONCLUSION

Il nous apparaît donc en dernier ressort que lorsque nous devons intervenir sur un épithélioma de la glande mammaire, qui n'a aucune adhérence aux plans profonds, il y a intérêt à pratiquer l'amputation partielle, en conservant le plus de tissu macroscopiquement sain et ceci pour deux raisons :

D'une part parce que ce tissu sain contient un tissu de défense : la « stroma-réaction ».

D'autre part parce que les radiations seront beaucoup plus efficaces, en activant de ce fait le processus défensif naturel de cette stroma-réaction.

Vu : le Président de thèse,
LEJARS.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Babes.* — Processus de défense des tissus contre le cancer. Rapport de Roussy (Ass. fr. cancer, juillet 1926).
- Bohn.* — La vie et la mort. Lib. Stock, 1925.
- Brocq et Giet.* — Pathogénie du cancer (Jour. de med. et de chir. pratique, 10-11-26).
- Dominici et Barcat.* — Notes sur les processus histologiques de la régression des tumeurs malignes sous l'influence des rayons gamma du radium (C. R. Soc. Bio., 13-6-28).
- Durante.* — Importance du stroma dans le cancer (Bull. Ass. fr. du cancer, février 1923).
- Fage.* — Recherches sur le tissu lymphoïde dans les épithéliomas non ulcérés du sein et ganglions axillaires correspondants. Thèse de Paris, 1900.
- Kotzareff et Fischer.* — Les cancers et la physico-chimie. Vigot, 1926.
- Lacassagne.* — Les notions actuelles sur les processus histologiques de régression de cancers traités par les Rayons X et le radium (Paris Med., 18-2-22).
- Leroux.* — Guérison spontanée des tumeurs du goudron chez le lapin (Ass. fr. du cancer, janvier 1927).
- Ménétrier, Peyron, Surmont.* — Réaction lympho-conjonctive dans l'épithélioma expérimental du goudron (Ass. fr. cancer, mars 1923).
- Leroux et Laborde (Mme).* — Rôle du stroma dans le cancer (R. de chir., 8-11-22).
- Roussy et Leroux.* — Réaction du stroma (R. de chir., n° 1, 1923).
- Roussy, Laborde, Leroux et Peyre.* — Réactions locales et générales au cours du traitement du cancer du col de l'utérus par les Rayons X et le radium (Bull. du Ass. du cancer, juil. 1922, déc. 1922, mars 1923).
- Rubens-Duval et Chéron.* — Sur les processus histologiques de

la régression des cancers de l'utérus, sous l'influence du radium (XI^e Congrès fr. de med., 1910).

Rubens-Duval. — Les réactions locales et générales de l'organisme à l'égard du cancer (Cong. de Strasbourg, 1923).

— Radiothérapie et défense de l'organisme contre le cancer épithélial (Jour. Med. fr., mars 1921).

— Processus histologiques de défense spontanée de l'organisme contre le cancer (Ann. de med., n^o 1, 1914).

Watermann. — Contributions à l'étude physico-chimique des tumeurs (Bull. Ass. fr. cancer, février 1927).

